

インフルエンザワクチン（注射）の接種を受けられる方へ

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、予診票は出来るだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれることがあります。通常は2～3日で消失します。発熱・悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐・嘔気、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることもありますが通常は2～3日で消失します。過敏症として発しん、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出てください。

非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー（蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫等）、(2)急性散在性脳脊髄炎（ADEM）（通常、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等）、(3)脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4)ギラン・パレー症候群、(5)けいれん（熱性けいれんを含む）、(6)肝機能障害、黄疸、(7)喘息発作、(8)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9)血管炎（IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎等）、(10)間質性肺炎、(11)皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、急性汎発性発疹性膿疱症、(12)ネフローゼ症候群。

(1)から(12)のような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。なお健康被害が生じた場合の救済については健康被害を受けた人又は近親者が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱のある人（通常は37.5℃以上の人）
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 過去に、インフルエンザワクチンの接種を受けてアナフィラキシーを起こしたことがある人
なお他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください
4. その他医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱・発しん、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれんを起こしたことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう
3. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう
4. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもどおりの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう
5. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください

インフルエンザ予防接種予診票

回目

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

		診察前の体温		度		分		
住	所	TEL. ()		—				
フリガナ		男・女	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日生 (歳 カ月)	
受ける人の氏名								
(保護者の氏名)								

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ (回目)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名） 薬をのんでいますか（いる・いない）	いいえ	
5. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい（病名）	いいえ	
6. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか。	いる（病名）	いない	
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
8. 今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
9. 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある（薬または食品の名前）	ない	
10. これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月ごろ （現在治療中・治療していない）	いいえ	
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある（予防接種名・症状）	ない	
12. 1カ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	ある（病名）	ない	
13. 1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい（予防接種名：）	いいえ	
14. （ご婦人の方に）現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. （接種を受けられる方がお子さんの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある（具体的に）	ない	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄	医師の署名
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します・接種を希望しません)	保護者の署名（もしくは本人の署名）
--	-------------------

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン Lot. No. :	皮下接種 mL	実施場所 : 津村こどもクリニック 医師名 : 津村 治 男 接種日時 : 令和 年 月 日 時 分
カルテNo. :		